

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

PRESUPUESTO / CONFORMIDAD – FORMULARIO 06

Lugar y fecha de emisión: _____

Razón social del prestador: _____ CUIL/CUIT. _____

Domicilio de atención: _____ Localidad _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Mail: _____

Nombre del beneficiario: _____ DNI: _____

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

Prestación/especialidad (completar según nomenclador - mecanismo de integración): _____

Cantidad de sesiones semanales: _____ Valor de prestación: \$ _____

Monto mensual: \$ _____ Período ciclo lectivo (indicar mes y año desde – hasta): _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA (detallar tratamiento/s y horarios)

Tto. \ Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde (hr)/ Hasta (hr)						

Observaciones: _____

Firma del profesional

Sello y aclaración

CONFORMIDAD

"Por la presente, dejo constancia de mi CONFORMIDAD al programa de prestaciones descripto precedentemente"

Apellido y nombre del beneficiario: _____

DNI: _____

Firma de beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____ DNI: _____